

University of Groningen

Delay in safe motherhood

van Lonkhuijzen, Luc Roeland Clemens Willem

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2011

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Lonkhuijzen, L. R. C. W. (2011). *Delay in safe motherhood*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. [s.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Nederlandse samenvatting

Over moedersterfte en de rol van

vertraging

Vertraging

Ieder jaar worden er miljoenen vrouwen zwanger over de hele wereld. Vaak eindigt dit in de geboorte van een gezond kind met een gezonde moeder. Er treden echter regelmatig complicaties op tijdens de zwangerschap, de bevalling of in de periode erna. Wat de uitkomst is van zo'n complicatie verschilt sterk per land en regio. In Malawi bijvoorbeeld overlijden er 100 vrouwen voor iedere 10.000 kinderen die er geboren worden terwijl in Nederland er slechts één vrouw overlijdt op eenzelfde aantal geboorten. De oorzaken van deze sterfgevallen zijn bekend; onveilige abortus, infectie, hoge bloeddruk, hevig bloedverlies en een vastgelopen bevalling zijn de meest voorkomende. Deze oorzaken hebben gemeen dat, wanneer er tijdig op de juiste wijze wordt ingegrepen, de meeste sterfgevallen zijn te voorkomen. Het terugdringen van dit grote verschil is een van de millennium doelen waaraan de wereld, verenigd in de United Nations, zich in 2000 heeft gecommitteerd.

Vertraging speelt een belangrijke rol bij moedersterfte en kan worden verdeeld in drie fasen met voor ieder fase andere onderliggende oorzaken.

- Fase één is de vertraging die optreedt tussen het begin van een complicatie en het moment dat besloten wordt dat een bezoek aan een kliniek noodzakelijk is.
- Fase twee beschrijft de vertraging die ontstaat tussen het nemen van die beslissing en de aankomst in de kliniek.
- Fase drie beschrijft de vertraging tussen aankomst in de kliniek en de start van de juiste behandeling.

Dit proefschrift onderzoekt een aantal interventies die erop gericht zijn vertraging te beperken en kwaliteit van zorg te verbeteren.

Maternity waiting home

In het eerste deel worden ervaringen beschreven met de “maternity waiting home”, een plek dicht bij het ziekenhuis waar vrouwen tegen het eind van hun zwangerschap kunnen verblijven, soms gratis soms tegen enige betaling. Wanneer de bevalling begint hoeft de vrouw niet meer te reizen en kan ze vanaf het begin door een professional worden begeleidt. In hoofdstuk twee worden de resultaten gepresenteerd van een cohort studie in een ruraal ziekenhuis in Zambia. Vrouwen die in de maternity waiting home verbleven hadden meer risicofactoren tijdens hun zwangerschap en bevalling in vergelijking tot de vrouwen die van thuis kwamen. Ook woonden ze gemiddeld verder van het ziekenhuis en verbouwden meer mais, een maat voor een hoger inkomen. De uitkomst van de zwangerschap was vergelijkbaar voor beide groepen hoewel er bij de vrouwen die in de

maternity waiting home verbleven vaker een kunstverlossing werd verricht. Op basis hiervan werd geconcludeerd dat de risicoselectie en het verwijzingssysteem goed functioneerden en dat er bij de vrouwen met een verhoogd risico op tijd kon worden ingegrepen. In hoofdstuk drie worden de ervaringen in andere landen samengevat op basis van de beschikbare literatuur. Er zijn geen vergelijkende studies beschikbaar. De beschikbare observationele en beschrijvende studies zijn over het algemeen positief over het nut van de maternity waiting homes maar ook blijken er regelmatig obstakels te bestaan die vrouwen verhinderen er gebruik van te maken. De kosten voor het gebruik van de maternity waiting home maar vooral ook voor het van huis zijn, de zorg voor achterblijvende familie en de kwaliteit van de geleverde zorg zijn belangrijke beperkende factoren.

Training en de introductie van richtlijnen

In het tweede deel worden verschillende interventies beschreven die gericht zijn op het reduceren van vertraging in het ziekenhuis en de daaraan gerelateerde verbetering van kwaliteit van zorg.

Een populaire manier om de behandeling van verloskundige complicaties te verbeteren is het trainen van de behandelaars. Met dit doel worden er steeds vaker kortdurende cursussen georganiseerd waarin een groot deel van de tijd wordt besteed aan praktische oefeningen door middel van simulatie. Verbetering van de acute verloskundige zorg kan voornamelijk in die situaties waarin dit soort complicaties veel voorkomen tot grote gezondheidswinst leiden. In hoofdstuk vier wordt de literatuur over het trainen van acute obstetrische situaties in arme landen samengevat. Evaluatie van het effect van training kan op vier niveaus plaatsvinden: Vonden de deelnemers het nuttig en leerzaam, hebben ze er wat van opgestoken, heeft dit in de praktijk ook tot een verandering van gedrag geleid en als laatste heeft het geleid tot een verbetering van de uitkomst voor moeder en kind. De meeste auteurs beschrijven positieve reacties van de deelnemers, verbeterde kennis en kunde na een training en een verandering in gedrag. Uitkomsten voor moeder en kind worden slechts zelden gemeten en indien dat wel is gebeurd zijn de uitkomsten niet altijd positief. Het meeste onderzoek naar het effect van training wordt gehinderd door het ontbreken van valide meetinstrumenten en door het ontbreken van een robuuste studieopzet. Praktische oefening, een team benadering en langer durende ondersteuning van de deelnemers na afloop van de training lijken bij te dragen aan een positief resultaat.

Een tweede methode om kwaliteit van zorg te verbeteren werd beproefd in Malawi. Zwangerschapsvergiftiging en de daarmee gepaard gaande insulten zijn een belangrijke oorzaak van moedersterfte in Bwaila Hospital Maternity in Lilongwe. Om de zorg te verbeteren werd er een protocol geschreven en

geïntroduceerd. Omdat dit niet tot de gewenste verandering van zorg leidde, werd dit proces in tweede instantie ondersteund door het invoeren van een formulier waarop de verpleging hun observaties gericht kon noteren en waarop tevens de handelingen en medicijnen die volgens protocol diende te worden uitgevoerd werden samengevat. In hoofdstuk vijf wordt het protocol adherentie en de uitkomsten van zorg vergeleken tussen de vrouwen met ernstige zwangerschapsvergiftiging in de periode voor invoering van deze formulieren en periode erna. De invoering leidde tot een verbetering van de klinische observaties, de accuratesse waarmee de medicatie werd toegediend en een vermindering van het aantal spoedsecties.

Kwaliteitsverbetering in Nederland

Het laatste deel van dit proefschrift richt zich op het verbeteren van kwaliteit in de Nederlandse situatie. In hoofdstuk zes beschrijven we een studie naar de validiteit van de beoordeling van een gesimuleerde behandeling van een schouderdystocie en ernstig bloedverlies na de bevalling. Het hebben van een valide meetinstrument kan nuttig zijn bij het beoordelen van diegenen die de bevallingen begeleiden en vaak als eerste met dergelijke calamiteiten worden geconfronteerd. Een groep assistenten al of niet in opleiding werd vergeleken met een groep specialisten. De behandeling van een schouderdystocie werd gesimuleerd met het fantoom, de behandeling van een fluxus met een reanimatiepop. De kwaliteit van de behandeling werd beoordeeld door middel van een checklist met de benodigde handelingen en daarnaast werd een kwalitatief oordeel op een vijfpuntsschaal gegeven.

De algemene kwaliteitsbeoordeling bleek goed in staat om verschil aan te tonen tussen assistenten en specialisten maar de overeenstemming tussen twee beoordelaars over de kwaliteit was matig. De beoordeling van de individuele actie bleek wel goed overeen te stemmen tussen de beoordelaars maar de individuele acties bleken weinig verschil te tonen tussen assistenten en experts. De onderzochte vorm van kwaliteitsbeoordeling was praktisch goed uitvoerbaar en werd als nuttig en leerzaam ervaren door de deelnemers. De betrouwbaarheid van deze beoordeling lijkt echter onvoldoende om te kunnen beoordelen wie voldoende vaardigheden heeft om veilig te kunnen werken.

Videoregistratie is gebruikt voor het verbeteren van resuscitaties en van de behandeling van traumata. Educatieve feedback met behulp van de beelden en identificatie van tekortkomingen in organisatie en behandeling kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Ook in de verloskamers zou videogeregistratie een belangrijke rol kunnen spelen maar tot nu toe is dat niet beschreven. Dat toestemming van de patient een vereiste is, speelt mogelijk een rol. In hoofdstuk zeven beschrijven we de resultaten van een aantal gestructureerde groepsinterviews met artsen, verloskundigen, verpleging en patienten. Er werd met hun gesproken over de mogelijke toepassing van videogeregistratie in de

verloskamer. In de discussie werden veel potentiële nuttige doelen geïdentificeerd zoals: onderwijs, onderzoek, verbetering van de zorg en het gebruik van de video bij eventuele klachten. Maar ook werden er beperkingen genoemd zoals schending van de privacy van de patient en van het personeel, angst voor negatieve feedback en het gebruik om wanprestatie aan te tonen. Alvorens videoregistratie kan worden ingevoerd is een duidelijke beschrijving van het doel van deze registratie nodig. De toegang tot de beelden moet beperkt zijn en de bewaartermijn moet zijn vastgelegd. Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, kan videoregistratie een nieuw middel in de kwaliteitsverbetering zijn.

Conclusie

In dit proefschrift wordt een onderzoek gepresenteerd dat schat dat in 2005 wereldwijd 535.900 vrouwen overleden als gevolg van hun zwangerschap. Op basis van een meer recentere schatting en op basis van een grotere set gegevens lijkt er echter reden voor voorzichtig optimisme. Volgens deze nieuwe schatting bedroeg de maternale sterfte in 2008 324.900 vrouwen. Dit is echter nog steeds een veel te hoog aantal. Er blijft nog veel te doen. De kwaliteit van zorg kan en moet omhoog en hoewel de meeste winst valt te behalen in arme landen kan het ook in ons land nog steeds beter. Daarnaast blijft er behoefte aan goed onderzoek om de invoering en het succes van preventieve interventies te optimaliseren.

Verbetering van kwaliteit van zorg zal vertraging in alle fasen verminderen. We weten wat er moet gebeuren, nu is het een kwestie van doen.

